

Диагностика синкопальных состояний на догоспитальном этапе

Л.Л. Стажадзе, В.Р. Максимов, Н.А. Буланова, М.Б. Базарова, Н.М. Беркович
ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

В статье освещается проблема диагностики синкопальных состояний на догоспитальном этапе. Описаны основные виды синкопальных состояний в соответствии с патогенетической классификацией, их клинические проявления, вопросы дифференциальной диагностики. Приведены данные по распространенности и прогностической значимости синкопальных состояний, а также основные направления лечения.

Ключевые слова: синкопе; синкопальное состояние; обморок.

The article discusses problems of diagnostics of syncopal states at the pre-hospital stage. Main types of syncopal states according to pathogenetic classification, their clinical manifestations, differential diagnostics are discussed as well. The article also presents data on how far syncopal states are spread and what is their prognostic value. It also describes main directions in their treatment.

Key words: syncope; syncopal states; loss of consciousness.

По данным Фремингемского исследования, встречаемость синкопальных состояний составляет 7,2 % на 1000 человеко-лет. У пожилых встречаемость за год может достигать 6%, с частотой рецидивирования до 30 %.

При определенных условиях синкопе может привести к дополнительным повреждениям (переломы при падении, автокатастрофы и т.д.) Кроме того, рецидивирующие синкопе значительно ухудшают качество жизни пациентов.

Синкопальное состояние определяется как синдром, характеризующийся следующим: является преходящим, сопровождается потерей сознания, как правило сопровождается падением, развивается быстро, возвращение сознания спонтанное, полное и обычно быстрое.

Основной механизм развития синкопального состояния – преходящая мозговая гипоперфузия. Перфузионное давление в головном мозге зависит от системного АД. Соответственно, факторы, снижающие сердечный выброс или общее периферическое сопротивление, приводят к снижению АД и, соответственно, перфузии головного мозга и могут быть причиной синкопального состояния.

Снижение сердечного выброса возможно при бради-, тахикардии, патологии клапанов сердца а также при снижении венозного возврата (преднагрузки) – за счет уменьшения объема циркулирующей крови (ОЦК), депонирования крови на периферии.

Периферическое сосудистое сопротивление снижается при следующих состояниях: выраженная вазодилатация, тепловой стресс, ортостатическая гипотензия – нарушение способности повышать сосудистый тонус в ортостазе, прием вазодилататоров, при вегетативной нейропатии.

Органические заболевания сердца – наиболее важный предиктор общей смертности и внезапной смерти у больных с синкопе. При органических заболеваниях сердца, независимо от причины синкопе, прогноз определяется как неблагоприятный. Благоприятным считается прогноз у молодых, здоровых пациентов с нормальной

ЭКГ, при нейрогенных синкопе (рефлекторных и при ортостатической гипотензии), а также при неизвестной причине синкопе.

Классификация

Синкопальное состояние должно дифференцироваться от других, «несинкопальных состояний», которые также ведут к преходящей потере сознания.

Патофизиологическая классификация основана на основных причинах преходящей потери сознания.

1. Синкопальные состояния.

1. Рефлекторные синкопе – следствие рефлекторных вегетативных реакций в виде активации парасимпатической и угнетения симпатической нервной системы с развитием вазодилатации и брадикардии на фоне резкого снижения общего периферического сосудистого сопротивления, снижением АД и сердечного выброса. Обычно возникают в положении стоя, редко – в положении сидя.

– Вазовагальный обморок – обычно провоцируется страхом, стрессом, болью, чаще встречается среди здоровых молодых людей.

– Синокаротидный

– Ситуационный – развивается при определенных ситуациях: острое кровотечение; кашель, чихание; глотание; дефекация; висцеральная боль; мочеиспускание; после нагрузки; после еды; игра на духовых инструментах; поднятие тяжестей;

– Глоссофарингеальная невралгия

2. Синкопе при ортостатической гипотензии (ОГ):

Может развиваться в результате расстройства функции вегетативной НС: первичная вегетативная недостаточность, вторичная вегетативная недостаточность (диабетическая нейропатия, нейропатия при амилоидозе); при лекарственной и алкогольной ОГ; при уменьшении ОЦК, кровотечении, диарее, болезни Аддисона.

3. Аритмические синкопе:

Причиной может быть брадикардия (при патологии синусового и атриовентрикулярного узлов), тахикардии

наджелудочковой и желудочковой, врожденных синдромах (удлиненного QT, Бругада), нарушении функции пейсмейкера, кардиовертера—дефибриллятора, в результате проаритмогенного эффекта лекарств.

4. Кардиальные синкопе:

Могут развиваться при заболеваниях клапанов сердца, остром инфаркте миокарда/ишемии, обструктивной кардиомиопатии, миксоте предсердия, расслаивающей аневризме аорты, заболеваниях перикарда/тампонаде, ТЭЛА/легочной гипертензии.

5. Цереброваскулярные

II: Несинкопальные состояния:

1. Сопровождающиеся полной или частичной потерей сознания: при метаболических нарушениях (гипоксия, гипервентиляция, гипогликемия), при эпилепсии, интоксикации, вертебро-базиллярных транзиторных ишемических атаках (ТИА).

2. Состояния без нарушения сознания: падения, без потери сознания; катаплексия; дроп-атаки; психогенные «псевдо-синкопе» (вымышленные расстройства, симуляция, конверсивная истерия); каротидные ТИА;

Диагностика синкопального состояния на основании данных первичного осмотра

При первичном осмотре больного с синкопальным или похожим на синкопальное состоянием, необходимо постараться ответить на три основных вопроса. Это синкопе или не синкопе? Есть у больного сердечно-сосудистое заболевание или нет? Были ли синкопе в анамнезе? Обязательны: регистрация ЭКГ, измерение АД в положении лежа на спине и в вертикальном положении.

При сборе анамнеза необходимо уточнить информацию:

1) Об обстоятельствах перед развитием синкопе: положение больного (лежал, сидел, стоял); занятие (лежал, во время или после нагрузки); ситуация (мочеиспускание, дефекация, кашель, глотание); предрасполагающие факторы: переполненное или душное помещение, длительное стояние, период после приема пищи; ускоряющие факторы: страх, выраженная боль, движения в шейном отделе позвоночника

2) Об обстоятельствах, сопровождавших начало синкопе: тошнота, рвота, чувство похолодания конечностей, пот, аура, боль в шее, плечах

3) Непосредственно о синкопе (если есть очевидцы, свидетели): цвет кожных покровов (цианоз, бледность), длительность потери сознания, движения (судороги), прикусывание языка

4) Об обстоятельствах окончания синкопе (возвращения сознания): тошнота, рвота, чувство холода, спутанность сознания, боли в мышцах, цвет кожных покровов, раны

При рецидивирующих синкопальных состояниях необходимо уточнить их количество и длительность. Для определения причины синкопе важно уточнить: сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе, в том числе наследственные аритмии, неврологические заболевания (болезнь Паркинсона, эпилепсия, нарколепсия), другие заболевания

(диабет и пр.) а также принимаемые лекарства (гипотензивные, антидепрессанты и т.д.).

Нейрогенный синкопе (рефлекторный или связанный с ортостатической гипотензией) можно предполагать, если отсутствует сердечно-сосудистое заболевание и есть длительный анамнез синкопе. Чаще нейрогенные синкопе развиваются после внезапного неожиданного неприятного звука, запаха или зрелища, при длительном стоянии или пребывании в переполненном людьми, душном помещении, во время или после еды, при поворотах головы, давлении на каротидный синус, могут развиваться после физической нагрузки. Характерны тошнота или рвота при синкопе.

Вазовагальный синкопе диагностируется, если есть предрасполагающие факторы: страх, выраженная боль, эмоциональный стресс, длительное вертикальное положение – и есть типичные предвестники.

Ситуационный синкопе диагностируется, если происходит в течение или сразу после мочеиспускания, дефекации, кашля, глотания.

Ортостатический синкопе диагностируется, если есть документированное подтверждение ортостатической гипотензии, связанной с синкопе или пресинкопе.

При кардиогенном генезе синкопе, в анамнезе есть сердечно-сосудистое заболевание. Характерно развитие синкопе во время физической нагрузки или в положении лежа на спине, ощущение сердцебиения перед потерей сознания.

При аритмогенном синкопе на ЭКГ могут регистрироваться: блокады ножек пучка Гиса, АВ блокада 2-й степени типа Мобитц 1, синусовая брадикардия < 50 уд/мин., синдромы предвозбуждения, удлинение QT интервала. Возможны аритмическая дисплазия ПЖ или синдром Бругада в анамнезе, подозрение на желудочковую тахикардию (хроническая сердечная недостаточность или неустойчивая желудочковая тахикардия в анамнезе).

Синкопе, связанный с аритмией, диагностируется, если на ЭКГ есть: синусовая брадикардия < 40 уд/мин., или повторяющиеся эпизоды сино-атриальной блокады или синусовые паузы > 3 секунд; атриовентрикулярная блокада Мобитц II 2-й степени или АВ блокада 3-й степени; альтернирующая блокада левой или правой ножки пучка Гиса; пароксизмальная тахикардия (наджелудочковая или желудочковая); нарушение работы искусственно водителя ритма с паузами.

Синкопе вследствие ишемии миокарда диагностируется, если есть клиника и ЭКГ данные.

Основные признаки не синкопе:

Таблица 1

Дифференциальный диагноз эпилепсии и синкопальных состояний

	Похоже на эпилепсию	Похоже на синкопе
Находки во время потери сознания (со слов очевидцев)	Пролонгированные тонические и клонические судороги, начало которых совпадает с потерей сознания. Гемилатеральные клонические судороги Прикус языка	Тонические и клонические судороги, всегда недлительные (<15 сек.) и начинаются после потери сознания
Симптомы перед потерей сознания	Аура (например странный запах)	Тошнота, рвота, дискомфорт в животе, чувство холода или жара
Симптомы после потери сознания	Пролонгированная путаница в сознании Боль в мышцах	Обычно недлительные Тошнота, рвота, бледность

- Дезориентация более 5 мин после приступа (свойственна эпилепсии, табл. 1);
- Продолжительные (более 15 сек.) тонико-клонические судороги, развившиеся с начала приступа (свойственны эпилепсии);
- Частые приступы с обилием соматических жалоб без признаков органического поражения сердца (свойственны психическим заболеваниям);
- Связь с головокружением, дизартрией, диплопией (свойственны транзиторным ишемическим атакам).

Клиническая значимость синкопальных состояний и прогноз:

Рецидивирование синкопальных состояний составляет около 35% за 3 года, рецидивирующие синкопе значительно ухудшают качество жизни пациентов.

Органические заболевания сердца – наиболее важный предиктор общей смертности и внезапной смерти у больных с синкопе. При органических заболеваниях сердца, независимо от причины синкопе, прогноз определяется как неблагоприятный.

Для определения риска неблагоприятного прогноза имеют значение следующие факторы:

- Возраст более 45 лет
- Хроническая сердечная недостаточность в анамнезе
- Желудочковые нарушения ритма сердца в анамнезе
- Изменения на ЭКГ

Нарушения ритма сердца или смерть в течение года развиваются у 4–7% больных без вышеприведенных факторов риска и у 58–80% больных с тремя и более факторами риска.

Литература

1. Сумин С.А. Неотложные состояния. Москва: ООО «Медицинское информационное агентство». – 2002. – 656 с.
 2. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. – 3-е изд., СПб.: Невский диалект. – 2005. – 704 с.
 3. Brignole M., Alboni P., Benditt D.G. et al. Guidelines on Management (Diagnosis and Treatment) of Syncope – Update 2004. *Europace*. – 2004. – Vol. 6. – P. 467–537.
-